



بنام ایزد یکتا
وزارت ورزش و جوانان
فدراسیون انجمن‌های ورزشی
انجمن ورزش‌های هوایی جمهوری اسلامی ایران

فرم چکاپ پزشکی متقاضی شرکت در دوره آموزش

نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد:/...../.....

قد: وزن: گروه خون:

ملاحظات	نتیجه معاینات	نوع معاینات
		عمومی
		جراحی
		ارتوپدی
		پوست
		غده داخلی
		قلب و عروق
		چشم
		گوش، حلق، بینی
		اعصاب و روان
		دهان و دندان

امضاء پزشک

تاریخ/...../.....